

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

97

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Jean-Julien-Pascal TEURTROY

Né le 14 janvier 1915, à Bagnolet (Seine).

Présentée et soutenue publiquement le... **28 FEV 1945**... 19..

**A propos du Diagnostic radiologique
et gastroscopique
du Schwannome intra-gastrique**

Président : M. LIAN, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945

THE LITTLE DEATH

by

JOHN R. BROWN (1891-1961)

—

THE LITTLE DEATH

THE LITTLE DEATH

THE LITTLE DEATH

PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **TEURTROY.**

Prénom : **Jean-Julien-Pascal.**

Date de Soutenance : _____

Numéro d'ordre : _____

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

TEURTROY (Jean-Julien-Pascal). —
A propos du diagnostic radio-
logique et gastroscopique du
Schwannome intra-gastrique.
— Paris, Imp. R. Foulon,
1945, in-8°, 56 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1945, N°).

TEURTROY (Jean-Julien-Pascal). —
A propos du diagnostic radio-
logique et gastroscopique du
Schwannome intra-gastrique.
— Paris, Imp. R. Foulon,
1945, in-8°, 56 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1945, N°).

TEURTROY (Jean-Julien-Pascal). —
A propos du diagnostic radio-
logique et gastroscopique du
Schwannome intra-gastrique.
— Paris, Imp. R. Foulon,
1945, in-8°, 56 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1945, N°).

TEURTROY (Jean-Julien-Pascal). —
A propos du diagnostic radio-
logique et gastroscopique du
Schwannome intra-gastrique.
— Paris, Imp. R. Foulon,
1945, in-8°, 56 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1945, N°).

THE WASHINGTON JOURNAL

THE WASHINGTON JOURNAL

THE WASHINGTON JOURNAL

THE WASHINGTON JOURNAL

THE WASHINGTON JOURNAL

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

. POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Jean-Julien-Pascal TEURTROY

Né le 14 janvier 1915, à Bagnolet (Seine).

Présentée et soutenue publiquement le..... 19..

**A propos du Diagnostic radiologique
et gastroscopique
du Schwannome intra-gastrique**

Président : M. LIAN, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153308_0033

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Justin BEZANÇON
Technique opératoire	MOULONGUET
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance....	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants.....	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
	BROCQ.
	QUENU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchement	LANTUEJOUL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCEN'T.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAT	Pathologie médicale.
N.	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
N.	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Mogor)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	RENARD	Ophthalmologie.
DEGREZ (H.)	Physique.	RICHET	Physiologie.
DESOILLE	Médecine légale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
LE LORIER	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		DE GAUDART ..	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	

M.	
ECALLE	Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON BEAU-FRERE :

PIERRE BACH

Sous-Lieutenant du Génie

Mort au Champ d'Honneur

Alsace, novembre 1944

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. LIAN

Professeur d'Histoire de la Médecine

Médecin de l'Hôpital Tenon

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Je suis heureux de pouvoir lui exprimer ici tout mon respectueux dévouement et toute ma reconnaissance pour son enseignement si clair et son accueil si paternel.

A MON MAITRE :
MONSIEUR LE DOCTEUR P. HILLEMAND
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Qui a bien voulu inspirer ce travail et le diriger.

Modeste témoignage de ma reconnaissance pour son enseignement hospitalier.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Stage :

- 1936-37 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. BRULE
MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX-BERGER
1937-38 : MONSIEUR LE PROFESSEUR C. LIAN
1937-38 : MONSIEUR LE DOCTEUR JACOB

Externat :

- 1939 : MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
(in memoriam)
1940-41 : MONSIEUR LE DOCTEUR PAISSEAU
1941-42 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. BRULE
1942 : MONSIEUR LE PROFESSEUR C. LIAN
1942-43 : MONSIEUR LE DOCTEUR R. DEGOS
1943 : MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DIGONNET

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

- MONSIEUR LE PROFESSEUR SENEQUE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
DE GAUDART D'ALLAINES
MONSIEUR LE DOCTEUR P. HILLEMAND
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
MONSIEUR LE DOCTEUR FACQUET
Médecin de l'Hôpital de Brousse
MONSIEUR LE DOCTEUR GILBRUN
Médecin Assistant de l'Hôpital Tenon

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

LAPLANE

Médecin des Hôpitaux

STEWART, MAZINGARBE, DUFOURMENTEL
et FAULONG

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

GAUBE, JOURDAN, GENEVRIER, KLEIN,
DELAGARDE, SCHAPIRA et VIGUIER

A mes trois amis et compagnons de travail :

DAFFOS, SIRAGA et VIVARES

DEFINITION

Le Schwannome gastrique constitue une entité morphologique bien différenciée.

C'est une tumeur développée aux dépens des éléments périphériques des terminaisons nerveuses de la paroi de l'estomac (gaine de Schwann). Il s'agit d'une tumeur bénigne, mais qui peut dégénérer.

Il en existe plusieurs types anatomo-cliniques qui sont tous à point de départ sous-muqueux.

Tantôt les Schwannomes sont exogastriques, ils croissent alors en dehors de l'organe, vers une quelconque des régions voisines, et c'est pourquoi la symptomatologie est particulière à chaque observation.

Tantôt ils sont intra-gastriques :

Leur symptomatologie est essentiellement d'ordre digestif. Ces derniers se présentent sous deux aspects :

— Dans le premier cas, il s'agit de tumeurs pédiculées bombant dans la cavité gastrique; alors que dans le second il n'existe qu'un noyau interstitiel sous-muqueux.

Nous noterons que des cas mixtes ont été relevés, la lésion s'accroissant en dedans et en dehors de l'organe.

GÉNÉRALITÉS

Nous reprendrons très rapidement leur étude historique, leur anatomo-pathologie, leur séméiologie, pour insister sur certains points tant anatomiques que radiologiques et que gastroscopiques; faits qui peuvent permettre, dans un certain nombre de cas, de poser le diagnostic de Schwannome dans leur variété intra-gastrique.

En effet, dans certains cas de Schwannome la muqueuse qui recouvre la tumeur présente une ou plusieurs ulcérations. Ces ulcérations peuvent se voir tant radiologiquement que gastroscopiquement. C'est sur cet aspect qui permet de poser le diagnostic, que nous voulons attirer l'attention.

HISTORIQUE

Si les Schwannomes furent d'abord décrits aux dépens de tumeurs nerveuses situées sur les nerfs périphériques, la première observation d'une telle lésion gastrique fut rapportée à la Société de Chirurgie en 1922 par PIQUET.

Les cas se sont ensuite succédés : le Professeur CUNÉO en rapporte un en 1923 avec les Docteurs DE MASSARY et WALSER.

Puis ce sont les observations successives recueillies par le Professeur GOSSET, seul ou avec LÆWY et BERTRAND, puis avec J. BERGER, qui permettent de préciser peu à peu les variétés de :

- siège,
- développement,
- et d'aspect histologique.

Ensuite vient l'observation de SOULIGOUX de 1928; puis celle de FAVREUL en 1929, et, la même année, BAR-RAGUÉ dans une thèse inspirée par le Professeur GOSSET donne la première étude d'ensemble des Schwannomes gastriques.

A la suite de ce travail fondamental, les observations se multiplient.

En 1938, deux thèses sont soutenues, l'une par MEYABAT à Toulouse et l'autre par NEYRAUD à Paris.

Nous tenons à insister sur le travail de ce dernier au-

teur qui constitue la mise au point la plus complète de ce sujet, et qui porte sur 59 cas certains.

Depuis la thèse de NEYRAUD les observations se sont accrues, surtout ces dernières années, mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que la plupart des auteurs ont essayé, soit dans leurs communications, soit au cours de discussions accompagnant ces dernières, de préciser certains aspects radiologiques de ces tumeurs; aspects qui, nous l'avons dit, font l'objet de notre travail.

Déjà en 1931 trois auteurs étrangers : GOYENA, BIANCHI et CAEIRO, sans d'ailleurs donner beaucoup de précisions, ont signalé dans leur observation commune une image particulière obtenue à la radiologie et due à une perte de substance existant au centre de la lacune.

En 1938 BANZET, puis LE GAC en 1939, puis en 1941 MONDOR, PERRIER et OLIVIER avec la collaboration radiologique de LEPENNETIER et gastroscopique de QUIRIN ont étudié ces aspects qui ont permis d'orienter le diagnostic.

En 1942, REDON, ALBOT et LIBAUDE reviennent sur cet aspect radiologique.

En 1943, trois observations se succèdent, toutes suivies de discussions sur les précisions radiologiques ou gastroscopiques, ce sont celles de MONDOR et BUGIEL, celle de BROcq et NEYRAUD, puis enfin celle de HILLEMAND, BERGERET et PORCHER qui est à la base de notre travail.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour comprendre l'aspect radiologique et gastroscopique de ces tumeurs, il est indispensable d'en exposer brièvement l'anatomie-pathologique, et d'insister sur certains points particuliers.

Nous ne nous occupons d'ailleurs que des tumeurs intra-gastriques.

Les Schwannomes sont de siège variable, et nous pouvons dire que par ordre de fréquence, on les rencontre le plus souvent sur la petite courbure, puis sur la grande courbure, et enfin sur les faces. Il est exceptionnel de les trouver près des orifices.

La couche sous-muqueuse est toujours le point de départ de ces tumeurs qui sont régulières, plus ou moins pédiculées, lisses, rattachées à une zone non indurée ni rigide.

Il existe des caractères plus particuliers qui sont à la base des aspects radiologiques et gastroscopiques que nous étudions : ce sont les pertes de substance de la muqueuse recouvrant la tumeur.

BARRAGUÉ, dans sa thèse, y consacre un chapitre et parle de véritables ulcères.

C'est NEYRAUD qui, dans son ouvrage, attire l'attention plus particulièrement sur ces faits. Il indique qu'il s'agit, soit d'orifices ou pertuis, soit d'ulcérations.

Dans le premier cas il explique que ces orifices sont

du à une disparition de la muqueuse et à la communication, par l'intermédiaire de cette brèche, de la cavité gastrique avec un foyer nécrotique central intra-tumoral.

Dans le deuxième cas il n'existe qu'une simple disparition de la muqueuse en un point de la tumeur, comme si une plage avait été découpée à l'emporte-pièce.

La forme de ces ulcérations donne lieu à de nombreuses descriptions :

J. BERGER constate l'existence d'un orifice découpé à l'emporte-pièce.

Les observations de GOSSET, de BERTRAND, de CHARRIER parlent « d'ulcère à bords saillants ».

Celles de PAUCHET, MORNARD, HIRSCHBERG commentent l'existence d'une « ulcération profonde de la partie centrale de la tumeur ».

D'autres auteurs, enfin, décrivent soit des « dépressions lenticulaires », soit comme MICHEL et CORNIL de « petites plages dégénératives hyalines ».

Le nombre de ces ulcérations est également variable :

- unique dans les cas de GOSSET, LÆWY, BERTRAND, de ALBOT, REDON, LIBAUDE et de MONDOR, PERRIER, OLIVIER;
- multiple, soit avec trois ulcérations dans le cas de MONDOR et BUGIEL, soit avec deux ulcérations cratériformes pour BROCC et NEYRAUD, ou deux érosions voisines pour les cas de BOUQUET, MONTPELLIER et LAFORGUE, et HILLEMAND, BERGERET et PORCHER.

Dans ce dernier cas, la tumeur avait l'aspect que nous donnons ci-contre, on constatait qu'il existait comme un véritable museau de tanche.

L'importance et la fréquence de ces ulcérations est nette. En effet, sur 51 cas certains de Schwannomes intra-

gastriques, 27 présentent une ou plusieurs ulcérations de façon indiscutable. Sur les 24 cas restants, certains n'apportent aucune précision à ce sujet, ne parlant pas de la



FIG. 1. — Photographie de la pièce opératoire
on voit les deux orifices.

configuration macroscopique de la tumeur, ce qui permet de penser que de petites érosions ont pu ne pas être signalées.

La pathogénie de ces ulcérations n'est pas encore précisée. Il s'agit, pour les uns, de simple usure au-devant de la tumeur, pour les autres, et ils sont les plus nombreux, elles résultent d'un processus d'ischémie locale. Ce dernier est-il causé par la présence de la tumeur, ou la tumeur schwannique s'est-elle développée du fait d'une souffrance de la muqueuse gastrique ? La question reste posée.

Dans d'autres cas, la muqueuse était sectionnée comme à l'emporte-pièce.

On peut donc admettre que, dans la moitié des cas au moins et très certainement dans une proportion plus importante, ces déhiscences existent.

C'est l'étude, tant radiologique que gastroscopique de ces ulcérations qui constitue un élément essentiel du diagnostic de Schwannome gastrique.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous n'avons pas à insister sur la séméiologie fonctionnelle bien connue du Schwannome gastrique.

On sait que, dans certains cas, le Schwannome se manifeste par des troubles gastriques, soit à type de douleurs qui sont sans aucune unité ni régularité, soit à type de pesanteurs; ces deux symptômes sont parfois accompagnés de vomissements et d'anorexie.

Il peut y avoir, également, des irradiations qui ont quelquefois le type ulcéreux, mais elles manquent parfois totalement, comme d'ailleurs les vomissements qui, quand ils existent, sont sans caractères particuliers.

Ce sont les hémorragies qui constituent le symptôme le plus fréquent et le plus important du tableau clinique; notre malade avait présenté trois hématomèses. D'après NEYRAUD, on les observe dans 60 % des cas. Depuis sa thèse, sur sept cas relevés, nous notons quatre observations relatant de telles hémorragies.

ETUDE RADIOLOGIQUE

Beaucoup plus intéressante est l'étude des résultats obtenus grâce aux rayons X.

Les premiers examens radiologiques pratiqués aux environs de 1920 ne concernent pas, à proprement parler, les Schwannomes gastriques, mais des tumeurs d'un genre voisin telles que le fibrome décelé par KONJETZNI, qui décrit « une tache claire insulaire, presque circulaire, se détachant nettement sur l'opacité de la bouillie barytée ».

C'est surtout GOSSET qui, en 1923, donne la première description, peu précise d'ailleurs, « d'une image lacunaire se projetant en dedans du contour de la petite courbure et se prolongeant aux deux extrémités en deux cornes qui semblent se diriger en dehors de la petite courbure » (examen radiologique du Docteur H. BÉCLÈRE).

Après ce premier examen fondamental, tous les auteurs, jusqu'à ces dernières années, ont insisté sur les caractères suivants :

- netteté de l'image lacunaire,
- régularité des bords, même quand ils sont polycycliques,
- souplesse de la paroi au voisinage de la tumeur,
- conservation des contractions gastriques.

Ces caractères radiologiques permettaient donc de po-

ser le diagnostic de tumeur gastrique bénigne, sans préjuger de sa nature.

Petit à petit, grâce aux progrès de la technique radiologique, les différents auteurs ont essayé de pénétrer plus avant dans le diagnostic.

C'est ainsi qu'en se servant de l'insufflation et d'examen en couche mince pour mieux examiner la lacune, BÉCLÈRE, dans un cas de LARDENNOIS, en 1927, peut mettre en évidence l'existence d'un pédicule et la possibilité d'une mobilisation légère de la néo-formation.

Les premiers, GOYENA, BIANCHI et CAEIRO signalent une perte de substance située au centre de la lacune.

Puis d'autres auteurs étrangers, PODLAHA, SIMON et UHER parlent dans leur observation d'une tumeur ulcérée vue radiologiquement.

Aucune précision nouvelle n'est apportée jusqu'à ce que BRODIN, MADIER et Mme TEDESCO, étudiant en 1935, avec une attention particulière les images radiographiques, donnent une description quasi-complète et très précise qui peut se superposer presque mot à mot avec les descriptions toutes récentes.

La voici :

« Dès le remplissage de l'estomac, la baryte contour-
« ne une masse arrondie et dessine une image lacunaire
« de la partie moyenne, image qui persiste avec les mê-
« mes caractères en décubitus ventral et dorsal.

« Point important, les bords de la tumeur sont nets
« et arrondis. L'estomac est mobile à la palpation. Sa
« paroi a conservé sa souplesse et les plis de la muqueuse
« sont visibles; à ces différents signes qui font penser à
« une tumeur bénigne, s'ajoute celui que nous avons dé-
« ja constaté en 1933 dans un cas analogue et sur lequel
« nous attirons particulièrement l'attention :

« — l'existence sur l'image lacunaire de petites taches

« arrondies de baryte et d'une assez grosse tache liée à
« des dépressions en cupule de la tumeur. »

Ces différentes constatations font porter le diagnostic de tumeur bénigne ulcérée.

Des précisions nouvelles sont encore apportées par BROCO, BRODIN, PORCHER et Mme TEDESCO, en ajoutant aux radiographies en position classique, l'insufflation endogastrique suivie de la prise d'une solution floculante et de l'exploration du malade en profil gauche, en profil et décubitus dorsal, de face en décubitus latéral, enfin en position de prière mahométane et en Trendelenburg.

Les premiers en 1941, MONDOR, PERRIER et OLIVIER avec LEPENNETIER et MORIN pour la radiologie et de QUIRIN font le diagnostic.

Chez cette malade, LEPENNETIER, MORIN et PERRIER insistent sur l'intérêt de la multiplicité des examens. Dans leur cas, la compression fait apparaître l'image révélatrice : lacune assez régulièrement arrondie siégeant en pleine face gastrique à la partie moyenne de l'organe, très nette, claire sur un fond noir uniforme sans zone périphérique de transition. Les contractions passent normalement. Au centre de cette image lacunaire se voit une large tache.

La particularité de ces aspects fait pratiquer un examen plus approfondi en couche mince et insufflation. Le résultat est le suivant :

« Nous faisons absorber une cuillerée à café de dia-
« gnotorine. Au centre de la clarté gastrique nous appa-
« raît, dessinée par un trait opaque, une zone dont nous
« pouvons apprécier le dessin nettement circulaire avec
« la même tache centrale. »

Les auteurs ajoutent : « Il ne saurait être, à notre
« avis, question de précision plus grande, malgré la res-
« semblance surprenante de nos radiographies avec cel-

« les que le Professeur NUVOLI, de Rome, publie dans son atlas avec le diagnostic de Schwannome. »

Le diagnostic proposé est celui de « tumeur bénigne probable, Schwannome possible », ce diagnostic est vérifié à l'opération et histologiquement.

Chez le malade de MONDOR et BUGIEL, en 1943, l'examen radiologique montre une image lacunaire étendue, qui échancre, à sa partie supérieure, le contour de la petite courbure. Ses bords sont arrondis, nets, sans rétraction de voisinage. Une exploration en couche mince fait voir sur la partie postérieure de l'organe, non loin du cardia, une tache opaque, arrondie, entourée de plis muqueux. La mobilité de l'image se vérifie dans les différentes positions.

Le diagnostic porté est celui de tumeur bénigne. La vérification opératoire montre un Schwannome confirmé par l'examen microscopique (Docteur ALBOT).

A la Société de gastro-entérologie de Paris, le 8 mars 1943, MM. G. ALBOT, REDON et LIBAUDE rapportent un cas de Schwannome intra-gastrique ulcéré dont le diagnostic a pu être fait, avant l'intervention, grâce aux caractères particuliers des images radiologiques et de l'aspect gastrosopique.

Ils expliquent :

« Ils existait une niche en cocarde que certaines incidences montraient surmontant une lacune aux bords nets.

« Sur les clichés en couche mince, la conservation des plis indiquait la souplesse de la muqueuse gastrique environnante.

Enfin, dans notre observation, l'examen radiosopique pratiqué dans les conditions habituelles montre dès l'absorption des premières gorgées de bouillie barytée, l'existence d'un ressaut de la drogue sur un relief interne. La

compression prudente étale la drogue de chaque côté d'une lacune médiane, régulière, sphérique, du volume d'un œuf de poule, siégeant au niveau du tiers supérieur



Fig. 2. — On voit l'image lacunaire avec sur son bord interne l'image d'une niche (Cliché Docteur PORCHER).

du versant de la petite courbure. Le procubitus, exagère, par l'auto-compression qu'il détermine, l'étalement de la lacune.

Les clichés montrent qu'il s'agit d'une masse ronde, à large pédicule, assez mobile mais non pendante (une

insufflation ayant été pratiquée) *présentant en son centre, ou supposé tel, une petite cavité comme le ferait le creux d'un ulcère de face.*

Devant ces résultats : masse régulière sphérique à large pédicule, mobile à base souple, sans induration de voisinage, et présentant une ulcération centrale, le diagnostic radiologique proposé est celui de tumeur bénigne de l'estomac.

En effet, tout exclut formellement la malignité.



Pour conclure, nous tenons à insister tout particulièrement sur le fait que les ulcérations décrites au chapitre anatomo-pathologique trouvent leur place sur les films, et qu'elles se présentent avec différents caractères bien connus maintenant.

Pour les mettre en évidence, nous noterons l'importance qu'il y a à pratiquer des examens particulièrement approfondis grâce auxquels on peut voir plus nettement :

— *quand l'orifice se présente de face :*

— une image centrale avec aspect de niche de face décrit par VAN GELDEREN, PODLAHA, BRODIN et LEPENNETIER, HILLEMAND, BERGERET et PORCHER;

— ou une niche en cocarde, observation de ALBOT, REDON et LIBAUDE;

— *quand l'orifice se présente de profil :*

— une image de niche à l'emporte-pièce (ODQVIST NORDLANDER).

ETUDE GASTROSCOPIQUE

Les examens gastroscopiques n'ont été pratiqués qu'exceptionnellement. Nous ne retrouvons dans la littérature que peu d'observations. NEYRAUD, dans sa thèse, ne donne aucune précision, et cet auteur réclame une étude plus poussée.

MOUTIER publie le premier cas dans son *Traité de Gastroscopie*, non sans faire des réserves : « Nous considérons comme étant soit un Schwannome, soit un fibrome, une tumeur parfaitement ronde du fornix, du volume d'une grosse noix verte, recouverte de muqueuse saine, non hémorragique. Cette tumeur, qui remplissait tout le champ visuel, paraissait de nature bénigne. »

HORTOLOMEI et BURGHELE sont encore moins précis.

Depuis cette époque on ne relève que trois observations avec étude gastroscopique précise :

a) Celle du Docteur QUIRIN, en 1941, concernant le cas de MONDOR et LEPENNETIER. Cet auteur écrit : « Après avoir franchi le pilier postérieur, on tombe sur une image centrale très curieuse : l'antrum un peu spasmodique présente un aspect d'entonnoir, dans lequel on voit dès l'entrée, une masse arrondie, coiffée d'une petite boule opalescente de la grandeur d'un pois. »

b) Celle de ALBOT, REDON et LIBAUDE, en 1943 : La gastroscopie montrait une tumeur arrondie, saillant dans

la lumière gastrique, recouverte de muqueuse saine, creusée en son centre d'une ulcération, et se continuant brusquement par une paroi gastrique souple. M. H. REDON la compare à « un véritable museau de tanche ».

c) Enfin, dans l'observation personnelle que nous rapportons, observation publiée par HILLEMAND, BERGERET et PORCHER, MOUTIER, dans son étude gastrosopique de l'estomac, explique qu'il ne constatait pas de modification de la muqueuse, seul, à son niveau, existait un orifice, qui, en l'absence de tout examen radiologique, pouvait faire penser à l'existence d'un diverticule de l'estomac.

*
**

Nous pouvons donc conclure que, lors de l'examen gastrosopique, la constatation d'une ulcération, au niveau d'une tumeur bénigne, se présentant, soit sous l'aspect d'un museau de tanche, soit sous l'aspect d'un orifice, permet d'orienter plus précisément le diagnostic et notamment d'envisager l'existence d'un Schwannome.

DIAGNOSTIC

Par conséquent, le diagnostic positif de Schwannome intra-gastrique doit s'établir sur deux données :

- la première, qu'il s'agit bien d'une tumeur bénigne;
- la seconde, que cette tumeur bénigne est ulcérée et présente radiologiquement et gastroscopiquement certains caractères.

Nous allons étudier ces deux points.

I. — Tout d'abord, il faut être certain qu'il s'agit d'une tumeur bénigne.

Nous avons vu plus haut que, depuis longtemps, les auteurs, notamment BRODIN, MADIER et Mme TEDESCO, se sont attachés à préciser les caractères radiologiques de ces tumeurs : à savoir, la netteté des bords, alliée à la souplesse conservée de la paroi gastrique, à l'intégrité des contractions et à l'aspect plus ou moins pédiculé de la tumeur.

Tous ces faits ont été précisés amplement depuis, et ont même été admis depuis sans discussion; or une observation toute récente, dont la publication est sous presse, montre que ces caractères, s'ils ont des éléments de probabilité, ne sont pas absolus.

Voici les faits :

HILLEMAND et PORCHER ont eu à examiner un malade



Fig. 3. — Tumeur pédiculée de l'estomac
(après injection de morphine).

L'examen histologique montre un épithélioma. (Cliché Dr PORCHER.)

qui présentait des troubles gastriques ayant nécessité des examens radiologiques et gastroscopiques.

La radiologie montrait l'existence d'une tumeur ulcérée, pédiculée, à contours très réguliers.

La gastroscopie venait confirmer le diagnostic de bénignité en montrant une muqueuse strictement normale.



FIG. 4. — Photographie de la pièce opératoire.

L'examen nécropsique vint confirmer les données radiologiques et gastroscopiques, en montrant une tumeur pédiculée ayant tous les caractères macroscopiques de la bénignité.

C'est l'examen histologique qui révéla l'existence d'un épithélioma indiscutable avec intégrité de la paroi gastrique.

II. — Si nous posons sur les caractères radiologiques et gastroscopiques le diagnostic de tumeur bénigne, si

nous constatons les signes radiologiques et gastroscopiques d'une perte de substance, cette tumeur est-elle un Schwannome ?

Nous avons vu tous les arguments qui existent en faveur de ce diagnostic que certains auteurs n'ont pas hésité à poser; mais pourtant il est des cas où des tumeurs bénignes, autres que les Schwannomes, peuvent présenter des ulcérations.

C'est ainsi que NEYNAUD parle des myomes gastriques et explique qu'ils peuvent présenter également des érosions de la muqueuse.

Il est vrai que, comme le fait remarquer ODOVIST, dans ces derniers cas, il s'agit simplement d'érosion et jamais de communication de la cavité gastrique avec un foyer nécrotique centro-tumoral par intermédiaire d'un pertuis. Mais il n'y a là qu'une nuance et c'est sur d'autres éléments de diagnostic différentiel que nous devons nous appuyer.

L'argument le plus valable est la rareté des observations connues de tumeurs bénignes ulcérées d'une autre nature que le Schwannome.

Nous ne relevons en effet dans la littérature que cinq cas de myomes avec ulcérations, qu'une observation de sympathome ulcéré, qu'une de fibrome présentant une érosion de la muqueuse à sa surface et qu'une de lipome ulcéré.

On voit donc à quelles difficultés on se heurte lors des examens de ces tumeurs intra-gastriques.

Nous pouvons en conclure que le diagnostic de Schwannome peut être posé avec une très grande probabilité quand nous trouvons l'image radiologique et l'aspect gastroscopique que nous avons décrit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

(HILLEMAND, BERGERET et PORCHER.)

Mme M..., 36 ans, souffre depuis quelques semaines de douleurs semi-tardives siégeant au creux épigastrique. Il n'existe ni vomissements, ni nausées, ni irradiations, ni amaigrissement, ni anémie. Pourtant la malade a présenté dans un court laps de temps trois hématomèses de sang rouge de moyenne importance.

L'examen clinique ne montre absolument rien. Ce sont les examens particuliers qui vont apporter les éléments constitutifs du diagnostic.

a) *La radiologie.* — 1° *Scopie.* Pratiquée dans les conditions habituelles, elle montre dès l'absorption des premières gorgées de bouillie barytée, l'existence d'un ressaut de la drogue sur un relief interne. La compression prudente étale la drogue de chaque côté d'une lacune médiane, régulière, sphérique, du volume d'un œuf de poule, siégeant au niveau du tiers supérieur du versant de la petite courbure. Le procubitus exagère par l'auto-compression qu'il détermine l'étalement de la lacune.

2° *Graphie.* Les clichés montrent qu'il s'agit d'une masse ronde, à large pédicule, assez mobile mais non pendante (une insufflation ayant été pratiquée), présentant en son centre ou supposé tel une petite cavité qui retient le baryum comme le ferait le creux d'une niche de face.

Devant ces résultats, masse régulière sphérique à large pédicule, mobile à base souple, sans induration de voisinage et présentant une ulcération centrale, le diagnostic radiologique proposé

est celui de tumeur bénigne de l'estomac. En effet, tout exclut formellement la malignité.

Un examen gastroscopique est demandé, il est pratiqué par M. le Docteur MOUTIER et donne les résultats suivants :

b) *La gastroscopie.* — La tumeur radiologique n'est pas vue à la gastroscopie. L'image gastrique est sensiblement normale.

La muqueuse est saine, mais un orifice diverticulaire situé sur la face antérieure du fundus est observé. Le diagnostic gastroscopique proposé serait en l'absence de la radiologie celui de diverticule gastrique. L'intervention est décidée, qui donne les résultats suivants :

c) *L'intervention.* — Après incision médiane sus-ombilicale on sent une tumeur grosse comme un œuf de dinde, de consistance semi-molle. Une gastrotomie de la face antérieure montre, située sur la face postérieure, au-dessous du cardia, le long de la petite courbure, une tumeur recouverte d'une muqueuse saine mais qui présente à sa surface deux orifices dans lesquels une sonde cannelée peut s'engager sur une profondeur d'un centimètre environ. L'ensemble rappelle un col utérin avec son museau de tanche. Ablation de la tumeur qui est sous-muqueuse et qui respecte le plan musculaire. Fermeture par un surjet de la brèche muqueuse. Fermeture de la gastrotomie.

d) *L'histologie.* — L'examen histologique est pratiqué par le Docteur DELARUE : l'étude de ce fragment de paroi gastrique montre une prolifération tumorale occupant toute l'épaisseur de la paroi et refoulant la muqueuse qui est en contact immédiat avec la tumeur par l'intermédiaire de quelques fibres amenuisées de musculaire muqueuse. C'est une pullulation de cellules rubannées séparées par un fin réseau fibrillaire. Quelques remaniements fibreux, quelques hémorragies interstitielles, de nombreuses lacunes vasculaires se voient parmi ces éléments tumoraux.

C'est là l'image typique d'un gliome ou Schwannome avec les attributs considérés par MASSON comme ceux d'un Schwannome du type sensitif.

Aucun indice de malignité.

OBSERVATION N° II

(J. BERGER.)

Mme G... a présenté, il y a quelques semaines, une hématomèse de sang noir en partie coagulé. Le même fait s'est déjà produit quelques années auparavant. L'état général de la malade s'est conservé intact, il n'a existé que des pesanteurs gastriques après les repas et quelques douleurs modérées épigastriques. Malade de 60 ans, en bon état général.

Radiologie (Docteur KELLER). — Il existe dans la région pylorique une image lacunaire nette, sans grande irrégularité. On constate à ce niveau une sorte de canal irrégulier très étroit, avec diverticule inférieur assez particulier semblant déprimer la tumeur qui repousse la paroi gastrique en formant deux sortes de mamelons. Le diagnostic radiologique le plus vraisemblable est celui de tumeur pylorique.

Intervention, en deux temps. Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique puis pylorectomie large. Fermeture.

Examen de la pièce. — Existence d'une tumeur grosse comme une forte mandarine, bilobée avec deux orifices à l'emporte-pièce perforant la muqueuse.

Examen histologique (Docteur LEROUX et Professeur LETULLE). — Schwannome certain.

OBSERVATION N° III

(GOYENA, BIANCHI et CAEIRO.)

Femme de 50 ans, ayant accusé deux vomissements de couleur noirâtre. A l'examen, douleur au creux épigastrique et ligne de défense.

Radiographie. — Image lacunaire à la partie moyenne de la grande courbure avec limites nettes. Au centre de la lacune existe une perte de substance.

Intervention. — On trouve sur la grande courbure de l'estomac, à l'union du tiers supérieur et les deux tiers inférieurs, une tumeur dure, élastique, n'envahissant pas la séreuse. Résection de la paroi gastrique. Fermeture en deux plans.

L'examen de la pièce montre des ulcérations au niveau de la muqueuse gastrique. A la microscopie, structure en tourbillon typique des Schwannomes.

OBSERVATION N° IV

(PODLAHA, SIMON et UHER.)

Femme de 35 ans, présentant des douleurs épigastriques, plusieurs hématomés, melaena presque continu.

La radiologie révèle une tumeur ulcérée de l'estomac.

Intervention. — Tumeur endo et exo-gastrique siégeant sur la petite courbure. Exérèse par excision ovale.

Examen anatomo-pathologique. — Schwannome.

OBSERVATION N° V

(BRODIN, MADIER et Mme TEDESCO.)

M. B..., 47 ans, consulte pour fatigue générale de plus en plus marquée.

Examen. — Pâleur très marquée avec décoloration des muqueuses et légère bouffissure du visage, traduisant une grande anémie. Le malade a un peu maigri; il a présenté une anorexie progressive depuis 15 jours; il aurait eu quelques crampes d'estomac trois mois auparavant, puis des selles diarrhéiques pendant une quinzaine de jours. L'examen du sang confirme l'existence d'une anémie importante à 1.750.000.

Radiologie. — Ni lésion pulmonaire, ni lésion cardiaque. Par contre, dès le remplissage de l'estomac, la baryte contourne une masse arrondie et dessine une image lacunaire de la partie moyen-

ne, image qui persiste avec les mêmes caractères en décubitus ventral et dorsal. Point important; les bords de la tumeur sont nets et arrondis; l'estomac est mobile à la palpation, sa paroi a conservé sa souplesse et les plis de la muqueuse sont visibles; à ces différents signes qui font penser à une tumeur bénigne s'ajoute celui sur lequel nous attirons particulièrement l'attention; l'existence sur l'image lacunaire de petites taches arrondies de baryte et d'une assez grosse tache arrondie liée à des dépressions en cupules de la tumeur. Celle-ci gêne l'évacuation de l'estomac qui renferme encore 7 heures après un important résidu de baryte situé au-dessus de la masse. Aucune lésion intestinale.

Intervention. — Aspect de l'estomac : normal. La palpation permet de sentir une tumeur arrondie, molle, occupant la partie postérieure et moyenne. Une incision horizontale de la paroi antérieure permet d'arriver sur la tumeur dont la zone d'implantation est un peu plus large qu'une pièce de 5 francs. Incision de la muqueuse; la tumeur est détachée assez facilement de la muqueuse. Fermeture.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée, de la dimension d'une orange, est arrondie, régulière, brun-rougeâtre. Elle est parcourue d'un grand nombre de petits sillons superficiels, et présente une série de dépressions rougeâtres saignantes, dont une particulièrement développée et correspondant aux imprégnations de baryte des clichés.

L'histologie montre qu'il s'agit d'une tumeur fibromateuse avec prédominance d'éléments embryonnaires mal définis, présentant les caractères cliniques des tumeurs bénignes de l'estomac appelées actuellement Schwannomes.

OBSERVATION N° VI

(BOUQUET, MONTPELLIER et LAFFARGUE.)

Malade âgé de 36 ans; entre à l'hôpital pour douleurs au creux épigastrique et hématuries.

Le début remonte à 15 ans par des brûlures rythmées par les repas, à allure ulcéreuse.

Petites hématoméses à plusieurs reprises, accompagnées de méloena, amaigrissement notable, persistance des douleurs malgré le traitement médical. Une grosse hématomése nécessite une transfusion.

Malade amaigri, au teint pâle et aux muqueuses décolorées. Anémie à 3.450.000. Rien à l'examen clinique.

Radiologie. — Estomac du type orthotonique, se remplissant bien et dont le bas-fond descend à 5 cm. au-dessous de la ligne bi-iliaque; après remplissage, la contracture pylorique se manifeste durant 20 minutes; à ce moment-là déjà on note sur la petite courbure une tache apparaissant sombre sur le négatif et à contours estompés. Elle mesure environ 4 cm. de diamètre, est polycyclique, plus foncée au centre qu'à la périphérie, où elle s'estompe progressivement pour se confondre avec le reste de l'image gastrique.

Aucun caractère de malignité; on fait le diagnostic de tumeur bénigne encapsulée probable.

Intervention. — Gastrectomie sub-totale. Tumeur sur la face postérieure de l'organe, près de la petite courbure, ayant respecté totalement la musculo-séreuse.

Anatomo-pathologie. — Tumeur encapsulée de la grosseur d'une mandarine. A son niveau, la muqueuse érodée en deux points laisse sourdre des hémorragies. Une deuxième petite tumeur du volume d'une noix commençait à éroder la muqueuse. Pas de ganglions. A la coupe, tissu très mou et nettement encapsulé.

Microscopie. — En certains points, la tumeur offre tous les caractères des Schwannomes; en d'autres, il existe des aspects typiques de malignité. En conclusion, Schwannome avec dégénérescence maligne.

OBSERVATION N° VII

(BROCQ, BRODIN, PORCHER et Mme TEDESCO.)

Mlle P..., âgée de 45 ans, vient consulter pour des hématomésos apparues depuis 5 ans. Bons antécédents héréditaires, règles régulières.

L'examen montre qu'il existe une tumeur mobile avec la respiration, qui n'est perceptible que lorsque l'estomac est plein.

Rien par ailleurs. Légère hyperchlorhydrie après repas d'épreuve.

Radiologie. — La traversée digestive nous montre l'existence d'une lacune endo-gastrique, que la baryte contourne, sans retard de l'évacuation, et sans trouble d'évacuation intestinale.

Par ce premier examen, est établie l'existence d'une tumeur. Il faut maintenant préciser les rapports de cette tumeur avec les parois gastriques, son développement en dedans ou en dehors de la cavité stomacale, son degré de mobilité, l'état des tuniques gastriques autour de la tumeur. Il faut, grâce à ces divers renseignements, établir le pronostic : bénignité ou malignité de la lésion.

M. BRODIN et Mme TEDESCO avaient conclu de leurs examens qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne à développement surtout exo-gastrique, pour laquelle convenait une exérèse économique.

M. PORCHER a confirmé ce diagnostic en ajoutant aux radiographies en positions classiques (en station verticale et en décubitus abdominal oblique), l'insufflation endo-gastrique suivie de la prise d'une solution floculante et de l'exploration de la malade; en profil gauche et station verticale; en profil et décubitus dorsal; de face en décubitus latéral; en position de « prière musulmane » et en Trendelenburg.

Il ressort de ces explorations précises un certain nombre de notions, les unes à caractères relatifs, les autres à caractères formels.

Les notions relatives concernent : la mobilité de la tumeur par rapport au reste de l'estomac, mobilité qu'il était difficile d'apprécier par le palper, étant donné sa situation haute. C'est donc dans

les variations de position que nous venons d'énumérer que nous aurons le maximum de chance de pouvoir apprécier la mobilité de la masse tumorale par rapport au reste de l'estomac.

En examinant les clichés, on note que la tumeur reste invariablement plaquée sur le versant antérieure de la petite courbure, dont il est impossible de la séparer.

Dans l'ordre des constatations relatives, il faut ranger également la notion du degré de développement de la tumeur dans la cavité gastrique. Il apparaît, en examinant les clichés, que ce développement est plus exo-gastrique qu'endo-gastrique.

La notion de bénignité est acquise par trois constatations qui ont un caractère plus formel :

La première, c'est la régularité des contours de la tumeur, qui apparaît comme dessinée au tire-ligne, avec une tonalité parfaitement homogène, ces deux caractères faisant régulièrement défaut dans la tumeur maligne.

La deuxième, c'est la remarquable conservation du plissement muqueux longitudinal au contact immédiat de la tumeur. Quelles que soient les incidences et les artifices employés, on retrouve toujours un parallélisme des plis absolument rigoureux avec, de place en place, des images en accroche-cœur qui sont banales et classiques. Seul un des plis longitudinaux est rompu dans sa partie moyenne, présentant comme un petit bourrelet, ayant au centre une tache un peu plus sombre et correspondant peut-être à la petite érosion de la muqueuse qui a déterminé l'hématémèse révélatrice ; nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

Une troisième notion, corollaire des explorations précédentes, est obtenue grâce à l'insufflation des parois gastriques. En effet, l'estomac passe de l'état de collapsus à l'état de distension maxima avec la plus grande facilité ; ce qui ne se voit jamais lorsqu'il existe une infiltration, même discrète, mais de nature maligne.

M. PORCHER conclut : je pense à une tumeur probablement bénigne à contours réguliers, siégeant sur le versant antérieur de la petite courbure et paraissant avoir un développement plus exo-gastrique qu'endo-gastrique.

Intervention. — Exérèse de la tumeur qui laissent une déformation radiologique (biloculation fonctionnelle).

Histologie (par MM. NORMAN et DELAVILLE). — Cellules fusiformes dont la colorabilité diffère de celle des cellules conjonctives; disposition en tourbillon des éléments constitutifs; ébauche d'une disposition palissadique des éléments néoplasiques; fine dégénérescence kystique des cellules; zones de dégénérescence mucoïde. Diagnostic : Schwannome.

OBSERVATION N° VIII

(HENNING ODQVIST.)

Homme de 45 ans, hospitalisé pour des douleurs épigastriques à type de crampes sans rapport avec les heures des repas.

Coloration noire des selles. Amaigrissement important. Rien à l'examen clinique. Réaction de Weber et Meyer positive.

Radiologie. — Révèle l'existence dans la moitié inférieure de l'estomac sur sa paroi postérieure, au voisinage de la petite courbure, d'une tumeur de la grosseur d'une grosse prune. Cette tumeur a une base large et des contours réguliers. La paroi gastrique n'est pas infiltrée. Dans la partie moyenne de l'image tumorale, on constate l'existence d'une niche à parois lisses, à bords non surélevés, de la dimension d'une noisette.

Intervention (Docteur LUNDEL). — Tumeur grosse comme un œuf de poule, de consistance dure, à base large, siégeant sur la paroi postérieure de l'estomac, au voisinage de la petite courbure.

Résection gastrique circulaire. L'examen de la pièce montre sur le versant endo-gastrique un orifice profond d'un bon centimètre, à parois régulières. Le fond est constitué par un revêtement nécrosé gris-verdâtre. Tumeur bien encapsulée.

Histologie (Docteur FORSELIUS). — Tumeur sous-muqueuse bien encapsulée, présentant l'aspect d'un fibrome. L'abondance des cellules à certains endroits donne l'aspect d'un sarcome à cellules fusiformes. Mais sur la majeure partie de la coupe on trouve une structure typique de Schwannome.

OBSERVATION N° IX

(VAN GELDEREN.)

Femme de 52 ans, présentant, depuis 8 mois environ, des douleurs gastriques survenant sans périodicité. Depuis un mois, coloration noirâtre des selles. Pas d'amaigrissement. Rien de particulier à l'examen clinique.

Radiologie. — Cet examen montre l'existence d'une lacune avec niche de face.

Intervention. — On trouve sur la paroi postérieure de l'estomac une tumeur molle du volume d'une mandarine. Ouverture de la face antérieure. On note deux ulcérations sur la face endo-gastrique de la tumeur. Exérèse limitée.

Histologie. — Tumeur formée de cellules longues, à disposition palissadique en plusieurs points. Il s'agit d'un neurinome.

OBSERVATION N° X

(LE GAC.)

M. D..., 30 ans, Indochinois, professeur de lycée, très bien portant jusqu'au 15 décembre 1937, date à laquelle il ressent une grande fatigue avec courbature dans les membres; il s'affaiblit rapidement; la pâleur du visage est extrême; son médecin le traite pour phénomènes hépatiques et, le 25 décembre, il se sent vraiment mieux, à tel point qu'il reprend ses occupations au lycée, au début de janvier 1938.

Le 13 janvier, les mêmes phénomènes reparaissent, et le 18, son médecin diagnostique une maladie de Biermer avec 1.800.000 globules rouges. Du 22 janvier au 9 juin, cinq transfusions, la dernière étant mal supportée; à noter que vers le mois de février, quelques troubles gastriques sont apparus, à type de pesanteur, et que le 13 avril, un examen des selles montra la présence de sang en grande quantité.

Le 27 juin 1938, je suis appelé auprès de ce malade, en compa-

gnie du Docteur BÉCART. Celui-ci ne confirme pas la maladie de Biermer, et nous demandons un examen radiographique, qui est pratiqué par le Docteur JOLY.

Radiologie. — Elle montre une déformation énorme au niveau de la petite courbure avec une niche volumineuse avec bulles d'air sus-jacentes. Le radiologiste en tire la conclusion qu'il s'agit d'ulcère de la petite courbure à l'union du corps et du bas-fond gastrique, ulcère térébrant avec périgastrite rigidifiant la moitié supérieure de la petite courbure déformée.

Le malade est transporté d'urgence à la clinique, le 27 juin; une transfusion de 300 cc., faite immédiatement, est très bien supportée, l'opération est décidée.

Opération. — On trouve une tumeur gastrique, facile à extérioriser, qui éclate vers sa partie haute, au moment des manœuvres d'extériorisation; la gastrectomie est faite rapidement, de droite à gauche, terminée par un polya transmésocolique postérieur; transfusion immédiate de 300 gr. sur la table d'opération.

Examen de la pièce. — Sur l'estomac fermé, on constate qu'il s'agit d'une tumeur de la grosseur d'une orange, dont la partie la plus saillante est dépéritonisée, c'est la partie qui a éclaté pendant l'intervention. A l'ouverture, on voit, saillant sous la muqueuse, comme deux cols utérins et un cratère qui conduit dans la masse même de la tumeur, qui communique avec l'extérieur. On diagnostique alors « Schwannome de l'estomac ». Il n'y a pas de ganglions.

Examen histologique. — Il montre qu'il s'agit d'un gliome malin, comme l'indique le rapport du Docteur HIRSCHBERG, confirmé par le Professeur LEROUX. « Tumeur développée aux dépens des ganglions et du plexus nerveux de la paroi gastrique. Tumeur à foyer multiples; nous constatons 4 masses paraissant indépendantes à l'examen macroscopique (dont deux ulcères); la coupe microscopique montre d'autres flocs néoplasiques isolés les uns des autres, siégeant dans les ganglions nerveux de la paroi.

Tumeur complexe où l'on trouve des plages de Schwannome typi-

que, comme dans un gliome des nerfs périphériques, et, à côté, des images plus complexes, d'aspect épithélial, d'allure nettement maligne. Cette tumeur, développée aux dépens de la gaine de Schwann, montre comme tous les gliomes, des nodules formés par des cellules allongées, fusiformes, parallèles, ayant une disposition palissadique absolument caractéristique.

Le groupement des nodules seul est variable; on trouve des nodules bien limités, paraissant évoluer de façon indépendante; on trouve surtout des cordons cellulaires palissadiques, formant un réseau très régulier, entouré par un stroma lâche, myxoïde.

Dans son évolution, le gliome détruit le tissu de voisinage, muscle, muqueuse, vaisseaux. Il reste bien limité, à contours précis, au début et surtout à l'intérieur de la paroi gastrique. Il devient, au contraire, infiltrant quand il atteint la muqueuse et la couche sous-péritonéale. Sa malignité s'accuse davantage au fur et à mesure que l'on s'éloigne du foyer principal. Malgré un nombre élevé de karyokinèses, l'aspect primitif du Schwannome reste sensiblement bénin. La tumeur change complètement d'aspect au niveau de la muqueuse et de la zone sous-péritonéale. Les cellules deviennent épithélioïdes, même franchement épithéliales, elles ressemblent, par endroits, aux cellules ganglionnaires nerveuses, caractérisées par de gros noyaux vésiculeux. Elles sont arrondies ou polygonales par pression réciproque. Les karyokinèses sont extrêmement fréquentes, fortement atypiques, monstruosité nucléaires très accusées. De plus, dans ces zones où la malignité est évidente, nous trouvons des capillaires dilatés renfermant un amas néoplasique dans la lumière vasculaire.

En résumé : Schwannome malin de l'estomac; début d'envahissement vasculaire, lymphatique très probablement.

OBSERVATION N° XI

(MONDOR, PERRIER, OLIVIER, LEPENNETIER, MORIN et QUIRIN.)

Femme de 56 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 15 mai 1941. Elle a présenté, fin 1938, deux hématémèses importantes, puis en janvier

1941, quelques vomissements bilieux. Amaigrissement de 16 kgs en 5 mois.

Examen clinique négatif.

Radiologie. — LEPENNETIER, MORIN et PERRIER, étudiant à l'hôpital Tenon, au service central d'électro-radiologie, cette malade, insistent sur l'intérêt de la multiplicité des examens.

« Le 9 mai 1941, examen en verticale après ingestion de 200 gr. de lait baryté. C'est la compression qui fait apparaître l'image révélatrice : lacune assez régulièrement arrondie, siégeant en pleine face gastrique, à la partie moyenne de l'organe, très nette, claire, sur un fond uniforme, sans zone périphérique de transition. Les contractions passent normalement. Au centre de cette image lacunaire, se voit une large tache.

« C'est la particularité de ces résultats qui fait pratiquer un examen plus approfondi en couche mince et insufflation. Le résultat est le suivant : Nous faisons absorber une cuillerée à café de diagnothorine. La sonde d'Einhorn est mise en place et nous faisons une insufflation prudente. Nous obtenons alors l'image inverse des précédentes : au centre de la clarté gastrique, nous apparaît, dessinée par un trait opaque, une zone dont nous pouvons apprécier le dessin nettement circulaire avec la même tache centrale. Il ne saurait être, à notre avis, question de précision plus grande malgré la ressemblance surprenante de nos radiographies avec celles que le Professeur NUOLI, de Rome, publie dans son atlas avec le diagnostic de Schwannome. »

GastroscoPie. — L'examen gastrosopique du Docteur QUÏRIN fait voir sur la face postérieure de l'antre une masse arrondie, coiffée d'une petite boule opalescente, qui semble largement pédiculée.

Le diagnostic proposé est celui de « tumeur bénigne probable » et de « Schwannome possible ».

Intervention. — Le Professeur MONDOR pratique, le 21 mai 1941, une gastrectomie, car la tumeur paraît peu facilement énucléable. Sur la pièce, on voit une masse sous-muqueuse, régulière, de 3 cm.

de diamètre, de 2 cm. de haut; déprimée sur sa face libre, implantée à la face postérieure de l'antré, sur des tissus souples. La tumeur, de la grosseur d'une petite mandarine, est ulcérée en son centre.

Histologie (Mlle GAUTHIER-VILLARS). — Tumeur sous-muqueuse qui a ulcéré la muqueuse par usure, et qui a les caractères d'un Schwannome : elle est faite de faisceaux cellulaires à noyaux grêles à protoplasma très lâche, granuleux. Quelques dispositions en palissade. Quelques zones de désintégration nécrotique. Bénignité histologique évidente.

OBSERVATION N° XII

(ALBOT, REDON et LIBAUDE.)

À la Société de Gastro-Entérologie de Paris, le 8 mars 1943, ces auteurs rapportent un cas de Schwannome intra-gastrique ulcéré dont le diagnostic a pu être fait avant l'intervention grâce aux caractères particuliers des images radiologiques et de l'aspect gastroscopique.

Ils expliquent :

« Il existait une niche en cocarde que certaines incidences montraient, surmontant une lacune aux bords nets.

« Sur les clichés, en couche mince, la conservation des plis indiquait la souplesse de la muqueuse gastrique environnante.

« La gastroscopie montrait une tumeur arrondie, saillant dans la lumière gastrique, recouverte de muqueuse saine, creusée en son centre d'une ulcération et se continuant brusquement par une paroi gastrique souple. »

OBSERVATION N° XIII

(BROCQ et NEYRAUD.)

Mme M..., 49 ans, entre le 14 octobre 1942 à l'Hôtel-Dieu, pour hématomèse et melaena.

Long passé gastrique. Depuis l'âge de 22 ans, douleurs épigas-

triques, à type de brûlures, après les repas, mais horaire très fixe. Douleurs d'intensité variable, disparaissant pendant de longues périodes.

Diagnostic porté : dilatation gastrique avec ptose. Port d'une ceinture. En 1935, les douleurs surviennent avant et après les repas. Quelques vomissements. En 1940, hystérectomie pour fibrome utérin. En juillet 1942, hématomèse de petite abondance, et amaigrissement de 8 kgs en trois mois. Début d'octobre, nouvelle hématomèse un peu plus abondante que la première fois, suivie de mélaena. Ce second accident décide la malade à entrer à l'hôpital.

Examens. — Cliniquement, rien à signaler.

Radiologie. — Grosse niche de la face postérieure, plus près de la grande courbure qu de la petite, au niveau de la portion verticale de l'estomac. Le diagnostic porté est celui de ulcère avec niche, diagnostic erroné par suite de l'insuffisance de l'examen radiologique.

Intervention (5 décembre 1942). — Opérateur : Professeur P. Brocq.

Gastrectomie. Tumeur médiogastrique extrêmement mobile, grosse comme un gros œuf. On sent, sur la face postérieure de cette tumeur, à travers les parois de l'estomac, 2 trous arrondis, l'un plus gros et qui explique l'image de niche vue sur les radiographies. On note un petit prolongement exogastrique de la masse principale endogastrique, sorte de champignon poussant sur l'estomac. Gastrectomie large, type Polya.

Examen de la pièce. — Aspect des plus curieux. Tout d'abord, sur la partie gauche de la face antérieure, il existe une petite tumeur mobile, de la grosseur d'une noisette. Son extrémité libre est bifide et elle est entièrement recouverte de séreuse péritonéale.

A son opposé, sur la face endogastrique de cette paroi antérieure, l'ouverture de la pièce montre la présence d'une masse beaucoup plus volumineuse, de la taille d'une mandarine, faisant saillie dans la cavité gastrique, recouverte d'une muqueuse épaissie et présentant deux ulcérations cratériformes d'inégale gran-

deur, correspondant à peu de chose près aux tailles respectives d'une pièce de 1 fr. et d'une pièce de 0 fr. 50. Ces ulcérations, véritables pertes de substance, sont profondément excavées dans la masse tumorale elle-même. Le reste de la muqueuse gastrique ne présente rien de particulier en dehors d'un épaissement marqué de ses plis.

Il s'agit donc d'une tumeur, à la fois exo- et endo-gastrique, véritable tumeur en haltère, à évolution endo-gastrique prédominante et présentant deux importantes ulcérations ou pertes de substance. Cet aspect, associé à l'extrême mobilité de la tumeur en place, à l'absence totale de toute infiltration et d'adénopathie, nous a fait penser, d'emblée, à la possibilité d'un Schwannome gastrique.

C'est ce que l'examen anatomo-pathologique pratiqué par le Docteur FEYEL a confirmé :

« Schwannome à transformation colloïde du stroma. Les cellules tumorales sont noyées dans un stroma mucoïde très dense qui dissimule la structure typique en palissade. On n'observe en aucun endroit de dégénérescences malignes. Du côté gastrique, la muqueuse présente deux ulcérations profondes, qui sont creusées à même la tumeur. Du côté péritonéal, il existe un bourgeon tumoral qui fait saillie à l'extérieur des tuniques de l'estomac, mais qui reste coiffé par le péritoine. »

OBSERVATION N° XIV

(MONDOR et BUGIEL.)

Le 5 août 1943, nous sommes appelés d'urgence auprès de M. R..., qui, la veille, a présenté, par l'anus, deux abondantes émissions de sang noir. Nous nous trouvons en présence d'un homme de 67 ans, pâle, mais robuste et nullement amaigri. Il est habitué à de semblables mélaena : le premier est survenu en janvier 1939 ; les suivants, dans le mois de mai de la même année, en juin 1940, puis en mars 1943. Personne ne s'en est inquiété auprès du malade, car une radiographie faite à l'issue du premier accident, n'avait

révélé aucune anomalie de l'image gastrique. L'appétit est resté excellent; aucune douleur, pas le moindre trouble digestif en dehors des hémorragies. L'examen clinique des troubles fonctionnels est entièrement négatif.

Après plusieurs transfusions, il semble possible d'autoriser un examen aux rayons X, que doit pratiquer le Docteur BUGIEL.

Une image lacunaire étendue échancre, à sa partie supérieure, le contour de la petite courbure. Ses bords sont arrondis, nets, sans rétraction de voisinage. Une exploration en couche mince fait voir, sur la paroi postérieure de l'organe, non loin du cardia, une tache opaque arrondie entourée de plis muqueux. En position de Trendelenburg, la mobilité de l'image lacunaire se vérifie, sans laisser de doute.

L'importance de l'image lacunaire s'oppose si nettement à cette notion de mobilité parfaite, que l'on voit dans ce contraste un argument en faveur de la bénignité. C'est donc avec le bénéfice d'un diagnostic préopératoire de tumeur bénigne que nous intervenons le 27 août.

Le palper confirme aussitôt cette disposition justacardiaque, de même que la souplesse de la paroi au pourtour de l'implantation. Gastrectomie en gouttière avec suture duodénale terminoterminal. Le malade se lève au 12^e jour et regagne son domicile 3 ou 4 jours plus tard.

Sur l'estomac ouvert, la tumeur apparaît unique, de quatre centimètres de haut sur trois centimètres de large, faisant une saillie de vingt millimètres et largement sessile. Sa surface excavée est parcourue de trois petites ulcérations.

L'examen au microscope (Docteur ALBOT) permet de le classer sans réserves parmi les Schwannomes.

CONCLUSIONS

I. — *L'examen macroscopique* des Schwannomes intra-gastriques révèle l'existence d'un ou plusieurs orifices ou ulcérations ou pertuis sur la muqueuse recouvrant la tumeur. Ceci se voyant dans plus de la moitié des cas.

II. — *L'examen radiologique* classique, complété par des examens en couche mince et la multiplication des incidences permet d'obtenir, dans certains cas, l'image de ces ulcérations sur les films.

Celles-ci se présentent, tantôt sous la forme d'une encoche à l'emporte-pièce (quand elles sont vues de profil), tantôt sous la forme de niches en cocarde (quand elles sont examinées de face).

III. — *L'examen gastroscopique* révèle l'existence sur une muqueuse normale, d'orifices ou d'ulcérations plus ou moins importantes.

IV. — Quand les examens radiologiques ont fait poser le diagnostic probable de tumeur bénigne de l'estomac en montrant une image lacunaire pédiculée ou non, il est possible d'aller plus loin dans le diagnostic.

Si en effet sur les films, on constate, soit une niche de profil, soit une niche de face, si à la gastroscopie on découvre ou une ulcération ou un pertuis, on peut poser avec une très grande probabilité le diagnostic de Schwan-

nome gastrique; cet aspect étant exceptionnel en dehors de cette affection.

En effet, il ne s'observe, en dehors du Schwannome, que dans quelques très rares affections et nous n'avons trouvé dans la littérature que 5 observations de myomes, une de sympathome, une de fibrome et une de lipome présentant l'image radiologique sur laquelle nous insistons.

L'absence de cet aspect ne permet d'ailleurs pas d'éliminer le diagnostic de Schwannome.

Vu, le Doyen :

BAUDOUIN.

Vu, le Président de Thèse :

LIAN.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOT, REDON et LIBAUDE. — La niche en cocarde. (*Société de Gastro-Entérologie de Paris*, 8 mars 1943. In : *La Presse Médicale*, n° 20, 22 mai 1943, page 279.)
- BANZET. — Un cas de Schwannome gastrique, avec syndrome anémique grave. (*Mémoire de l'Académie de chirurgie*, Tome 69, n°s 31 et 32, séances des 1^{er} et 8 décembre 1943, pages 586-587.)
- BARRAGUÉ. — Schwannomes gastriques. (*Thèse de Paris*, 1929.)
- BÉCLÈRE. — Radiodiagnostic d'une tumeur bénigne de l'estomac. (*Bull. et Mém. de la Radiol. Médic. de France*, 1923, p. 126.)
- J. BERGER. — (Rapp. de GOSSET.) *Soc. de Chir.*, février 1924, p. 258.
- BOUQUET, MONTPELLIER et LAFFARGUE. — Schwanno-sarcome de l'estomac. (*Inst. Algér. de cancérologie*, juin 1937.)
- BROcq, BRODIN, PORCHER et Mme TEDESCO. — A propos d'un cas de tumeur bénigne de l'estomac. (Schwannome). (*Acad. de Chir. - Bull. et Mém.*, 19 mai 1937, page 694.)
- BROcq et NEYRAUD. — A propos de deux observations de Schwannomes gastriques. (*Mém. Ac. de Chir.*, Tome 69, n°s 31 et 32, séances des 1^{er} et 8 décembre 1943, p. 583, 584, 585, 586.)
- BRODIN, MADIER et Mme TEDESCO. — Anémie grave par tumeur bénigne de l'estomac. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1^{er} avril 1935, n° 11, p. 504.)
- CUNÉO, DE MASSARY et WALSER. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 23 février 1923.

- FAVREUL. — Un cas de Schwannome gastrique. (*La Science Méd. Pratique*, 15 novembre 1929, n° 17.)
- GOSSET, LOEWY et BERTRAND. — Tum. Ped. de l'Estom. dits Sarcomes. (*Journal de Chir.*, juin 1924, T. 23, n° 6, p. 570.)
- GOSSET. — *Arch. mal. app. digest.*, juin 1930, T. 20, p. 714.
- GOSSET, BERTRAND, CHARRIER. — Fibroglïomes gastriques, au stade du début. (*Presse Méd.*, juin 1925.)
- GOYENA, BIANCHI et CAEIRO. — Schwannome de l'estomac. (*Arch. Argent. de enfermedades del app. digestivo*, 1931, n° 6, p. 955, et *Annales del Instituto Modelo de Clinica Medica*, 1931, T. 12, p. 102.)
- HILLEMANT, BERGERET et PORCHER. — Méd. des Hôp., 1943, n° 35, p. 454.
- HILLEMANT et PORCHER. — Un cas de tumeur maligne. (Sous presse.)
- HORTOLOMEI et BURGHELE. — Kasuistischen beitrag zur Frage der Neurinome des Magens. (*Zentralblatt für chir.*, déc. 1937, n° 50, p. 2.822.)
- KONJETZNY. — *Dent. Zeitschr. für chir.*, F. I., 1921.
- LARDENNOIS. — Tumeur bénigne de l'estomac (gliome périphérique dérivé de la gaine de Schwann). (*Soc. de Chir.*, mars 1928, p. 563.)
- LE GAC. — A propos des Schwannomes de l'estomac. De l'utilité de leur traitement par la gastrectomie large. (*Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, T. 31, n° 5-6, 1939, séances des 3 et 17 mars, p. 192.)
- LE PENNETIER, MORIN et PÉRIER. — A propos d'un cas de Schwannome intra-gastrique opéré. (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, T. 25, nos 3, 4 et 5, mars, avril et mai 1942, p. 58.)
- MEYABAT. — Essai sur les Schwannomes gastriques. (*Thèse Toulouse*, 1938-1939.)
- MICHEL et CORNIL. — Sur les gliomes gastriques. A propos d'une

- observation anatomo-clinique. (*Soc. de Méd. de Nancy*, mai 1925, T. 53, p. 735.)
- MONDOR, PÉRIER et OLIVIER. — Schwannome de l'estomac. (*Mém. de l'Ac. de Chir.*, n^{os} 22 et 23, p. 641 et 642. Séance du 9 juillet 1941.)
- MONDOR et BUGIEL. — Schwannome gastrique. (*Mém. Ac. Chir.*, T. 69, n^{os} 31 et 32. Séances des 1^{er} et 8 décembre 1943, pages 587 et 588.)
- MOUTIER. — *Traité de GastroscoPie*, 1935.
- NEYRAUD. — Les Schwannomes de l'estomac. (*Thèse Paris*, 1938.)
- NORLANDER. — Trois cas de Neurinomes. (*Uppsala Läk. för. Förhandl.*, 1932, T. 28, p. 1, n^o 18.)
- ODQVIST HENNING. — Beitrag zum Röntgenbild des Magenneurinoms. (*Acta Radiologica*, 1937, T. 18, fasc. 1 et 2, p. 112.)
- PAUCHET, MORNARD et HIRSCHBERG. — A propos d'un cas de gliome gastrique. (*Bull. de l'Assoc. Franç. pour l'étude du cancer*, décembre 1936, p. 433.)
- PIQUET. — Volumineuse tumeur gastrique d'origine nerveuse développée dans la cavité péritonéale. (*Soc. de Chir.*, 17 mai 1932, p. 698.)
- PODLAHA, SIMON et UHER. — Neurinomes de l'estomac. 10 cas. (*Cas-po Lek.*, 24 novembre 1933, T. 72, p. 1.511.)
- SOULIGNOUX. — *Soc. de Chir.*, 4 juillet 1928, p. 1.055.
- VAN GELDEREN. — Uber Neurinome (gliome) und andere gutartige geschwülste des Magens. (*Deutsche Zeits. für chir.*, 1938, bd. 249, fasc. 9 et 10, p. 603.)
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Définition	13
Généralités	14
Historique	15
Anatomie-pathologique	17
Symptomatologie	21
Etude Radiologique	22
Etude Gastrosopique	28
Diagnostic	30
Observations	34
Conclusions	51
Bibliographie	53
